

La Douleur Gastrique et son Traitement Médical

THÈSE

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Jacques BARACHON

Né le 13 Juillet 1912, à Nancy (Meurthe-et-Moselle)

Examineurs de la Thèse

}	MM. RICHON, professeur.....	<i>Président.</i>
	PERRIN, professeur	} <i>Juges.</i>
	FLORENTIN, agrégé	
	CHALNOT, agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY

IMPRIMERIE M.-L. ALBERTUS

23, Rue des Carmes

1939

La Douleur Gastrique et son Traitement Médical

THÈSE

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Jacques BARACHON

Né le 13 Juillet 1912, à Nancy (Meurthe-et-Moselle)

Examineurs de la Thèse	{	MM. RICHON, professeur.....	<i>Président.</i>
		PERRIN, professeur	} <i>Juges.</i>
		FLORENTIN, agrégé	
		CHALNOT, agrégé	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical

NANCY

IMPRIMERIE M.-L. ALBERTUS

23, Rue des Carmes

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. L. SPILLMANN, C $\star$, I $\circ$.

Professeur honoraire : M. WEISS, O $\star$, I $\circ$;

BOUIN, O $\star$, I $\circ$; ANCEL, $\star$, I $\circ$; GARNIER, $\star$, I $\circ$;

DUFOUR, $\star$, I $\circ$; HOCHÉ, O $\star$, I $\circ$; FROELICH, $\star$, I $\circ$;

LAMBERT, $\star$, I $\circ$; JACQUES, $\star$, I $\circ$; ANDRÉ, O $\star$, I $\circ$.

Professeurs

Clinique des mal. syph. et cutanées.....	M. L. SPILLMANN, C $\star$, I $\circ$.
Clinique obstétricale et Accouchem.....	M. A. FRUHNHOLZ, O $\star$, I $\circ$.
Histologie.....	M. R. COLLIN, O $\star$, I $\circ$.
Anatomie descriptive.....	M. L. LUCIEN, O $\star$, I $\circ$.
Clinique médicale.....	M. L. RICHON, $\star$, I $\circ$.
Chimie médicale.....	M. H. ROBERT, $\star$, I $\circ$.
Clinique médicale.....	M. M. PERRIN, $\star$, I $\circ$.
Hygiène et médecine sociales.....	M. J. PARISOT, C $\star$, I $\circ$, C. S. P..
Clinique chirurgicale.....	M. HAMANT, $\star$, I $\circ$.
Clinique ophtalmologique.....	M. P. JEANDELIZE, $\star$, I $\circ$.
Physiologie.....	M. SANTENOISE, $\star$, $\star$, A $\circ$.
Clinique des maladies des enfants.....	M. L. CAUSSADE, $\star$, I $\circ$.
Bactériologie et parasitologie méd.....	M. DE LAVERGNE, O $\star$, I $\circ$.
Pathologie générale et méd. expér.....	M. SIMONIN, I $\circ$.
Clinique gynécologique.....	M. BINET, $\star$, I $\circ$.
Pathologie chirurgicale.....	M. BARTHÉLEMY, $\star$, I $\circ$.
Anatomie pathologique.....	M. WATRIN, $\star$, I $\circ$.
Hydrologie.....	M. L. MERKLEN, $\star$, I $\circ$.
Médecine légale.....	M. MUTEL, $\star$, I $\circ$.
Thérapeutique.....	M. DROUET, I $\circ$.
Professeurs sans chaire.....	M. L. JOB $\star$, I $\circ$.
	M. G. LAMY, $\star$, I $\circ$.

Chargés de cours complémentaires

Clinique des maladies tuberculeuses.....	M. P. SIMONIN, I $\circ$, prof.
	M. ABEL, $\star$, I $\circ$, agrégé.
Thérapeutique chirurg. et tech. opér.....	M. GUILLEMIN, $\star$, I $\circ$, C. S. P., agrégé
Clinique des maladies contagieuses.....	M. DE LAVERGNE, O $\star$, I $\circ$, prof.
Clinique des vieillards.....	M. DROUET, I $\circ$, professeur.
Médecine opératoire.....	M. BARTHÉLEMY, $\star$, I $\circ$, professeur
Électrothérapie et radiologie.....	M. LAMY, $\star$, I $\circ$, C. S. P. sans ch. ire.
Accouchements (cours théorique).....	M. JOB, $\star$, I $\circ$, professeur sans chaire.
Obstétrique.....	M. VERMELIN, $\star$, I $\circ$, agrégé.
Clinique et propédeutique chirurg.....	M. CHALNOT, agrégé.
Clinique et propédeut. chir. infantile.....	M. BODART, A $\circ$, agrégé.
Clinique propédeutique médicale.....	M. KISSEL, agrégé.
Pathologie interne.....	M. ABEL, $\star$, I $\circ$, agrégé.
Clinique des maladies mentales.....	M. HAMEL, $\star$, docteur.
Education physique (1).....	M. L. MERKLEN, $\star$, I $\circ$, professeur.
Clinique neurologique (1).....	M. MICHON, $\circ$, docteur.
Clinique O.-R.-L.....	M. AUBRIOT, $\circ$, docteur.
Parasitologie.....	M. DOMBRAY, $\circ$, docteur

Agrégés en exercice :

MM. FLORENTIN, A $\circ$.	MM. WOLFF, A $\circ$.	MM. GUILLEMIN, $\star$, I $\circ$, C.S.P.
BODART, A $\circ$.	MELNOTTE, O $\star$.	ABEL, $\star$, I $\circ$.
CHALNOT.	VERMELIN, $\star$, I $\circ$.	KISSEL.

Agrégés libres :

MM. G. GROSS, $\star$, I $\circ$; S. RÉMY, I $\circ$; BUSQUET, I $\circ$;
M. E. TRIBOLET, I $\circ$, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A MON GRAND-PÈRE

A MES PARENTS

C'est avec reconnaissance que je leur
dédie ce travail, en témoignage de ma
gratitude pour tous les sacrifices qu'ils
ont faits pour moi.

A MON ONCLE

Qui m'a soutenu et guidé par ses
conseils.

A MES TANTES

A LA MEMOIRE DE MA GRAND'TANTE
SŒUR CECILE

Qui consacra 54 années de sa vie au
service des pauvres et des malades.

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS



A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur RICHON

Nous le remercions de l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de cette soutenance de thèse et le prions d'agréer l'expression de notre profonde reconnaissance.

A MES JUGES

Monsieur le Professeur PERRIN

qui a contribué par son enseignement fécond et son expérience à notre formation médicale.

Monsieur le Professeur Agrégé CHALNOT

Monsieur le Professeur Agrégé FLORENTIN

qui, tous deux, au cours de nos années d'études, nous ont toujours témoigné leur bienveillance et prodigué leurs conseils.

FACULTÉ DE MÉDECINE

SERMENT

Sur ma conscience, en présence de mes maîtres et de mes condisciplines, je jure d'exercer la médecine suivant les lois de la morale et de l'honneur et de pratiquer scrupuleusement tous mes devoirs envers les malades, mes confrères et la Société.

INTRODUCTION

Sedare dolorem divinum opus..

Au début de ce modeste travail, nous tenons à souligner combien nous en percevons l'imperfection.

La douleur stomacale a toujours été et est encore un problème aussi vaste que délicat. L'aborder en raccourci est téméraire. Nous ne rechercherons donc pas les bases anatomiques de cette douleur, les phénomènes physiologiques qui la conditionnent. Un tel travail ne peut être mené à bonne fin dans les conditions défavorables en lesquelles nous nous trouvons et qui ne peuvent nous permettre de traiter dans son entier un sujet aussi complexe.

Nous nous contenterons donc, après avoir exposé les différentes formes de la douleur gastrique subjective, d'en exposer les traitements thérapeutiques qui nous ont paru les plus rationnels et les plus efficaces. Nous serons forcément schématique, mais on peut l'être sans cesser d'être vrai.

Affirmer qu'une douleur est purement gastrique est chose très difficile. Que de douleurs à siège gastrique dont l'origine est extra-gastrique ? Combien de lésions viscérales prennent le masque de la douleur gastrique ? N'est-

elle pas cette douleur, tantôt un des symptômes ou même le seul symptôme d'une affection hépatique, tantôt d'une appendicite, d'une colite, d'un cancer intestinal ?

Comme nous le verrons, ce qui importe c'est de mettre en œuvre tous les moyens d'investigation possibles pour arriver à discerner, grâce à une discipline clinique sévère, si la douleur qu'accuse le malade est ou n'est pas gastrique.

C'est uniquement de cette première douleur dont nous parlerons.

CHAPITRE 1

HYPOTHÈSES

sur la PATHOGENIE

des DOULEURS GASTRIQUES

Quand un gastropathe se présente à son médecin, le premier symptôme que très souvent il accuse et le plus important pour lui, est la douleur : « Docteur, je souffre de l'estomac. »

Si vague, si imprécis que soit ce symptôme, gardons-nous de le négliger. Arrêtons-nous à ce premier aveu qui sera peut-être, en le disséquant, un fructueux point de départ.

Au premier abord, tous ces malades ont un même air de famille : « Docteur, je souffre de brûlures, de crampes, de tiraillements ou de pesanteurs, de gêne, d'un poids sur l'estomac. »

Pour expliquer la douleur gastrique plusieurs hypothèses ont été suggérées, plusieurs théories ont prévalu, mais une théorie unique ne peut prétendre atteindre les causes multiples d'un tel symptôme qui se manifeste dans des états très différents les uns des autres.

La douleur est-elle fonction du suc gastrique ?

Il fut un temps où les cas étaient rapidement classés. D'un côté, suivant l'intensité des symptômes, les hyperchlorhydriques, les hypersthéniques, les ulcéreux. De l'autre, les hypochlorhydriques, les hyposthéniques, les cancéreux.

Quand survint l'ère du chimisme gastrique, on crut que l'analyse du liquide sécrété par la muqueuse stomacale allait donner une consécration mathématique à cette classification.

Malheureusement, il n'en fut rien et l'expérience clinique démontrait bientôt aux plus chauds partisans de cette méthode, la discordance entre les variations du chimisme gastrique et les manifestations douloureuses accusées par les malades.

« Si le chimisme stomacal règne aujourd'hui en maître, écrivait Albert Robin, en 1900, je ne crains pas de reconnaître aujourd'hui, après expérience faite, que ce séduisant système n'était qu'une illusion et que l'heure n'est pas lointaine où il rejoindra les autres dans l'oubli, parce que sont inutiles ou nocives la plupart des indications thérapeutiques systématiques dont il a été le point de départ. »

Le chimisme gastrique ne peut donc servir de base aux différentes douleurs stomacales. Il y a des malades qui présentent des brûlures ou des crampes et qui sont hypochlorhydriques ou même anachlorhydriques, il y a des dyspeptiques, voire même des ulcéreux, qui ne souffrent que très peu et qui présentent une acidité très élevée ; il y a des cancéreux hyperacides sans réaction douloureuse ; il y a des cancéreux hypochlorhydriques avec douleurs analogues à celles des ulcéreux.

La forme des douleurs gastriques ne correspond donc pas forcément à un type chimique. A des douleurs de type identique correspondent des chimismes absolument différents.

La qualité de la douleur ne peut donc servir de base au classement chimique des douleurs gastriques.

La douleur est-elle fonction de l'hypersensibilité de la muqueuse ? (Soupault)

Pour expliquer les différentes manifestations douloureuses stomacales, des cliniciens ont attribué un rôle prépondérant à l'inflammation de la muqueuse.

La muqueuse stomacale n'est pas indolore, malgré tous les classiques qui répètent et soutiennent que les viscères splanchniques sont totalement insensibles. Qui a raison ? dit notre confrère le docteur Georges Brohée, de Bruxelles. Les théoriciens qui disent que les viscères sont insensibles, ou bien le malade qui accuse des douleurs organiques réelles et qui nous indique le viscère souffrant et non un autre ?

Nous répondrons que c'est le malade contre les avis des médecins, contre les assertions des chercheurs, contre les réponses des hommes de laboratoire, essayant de faire réagir les animaux d'expérience dans le silence des salles de vivisection, contre les observations incomplètes des chirurgiens opérant sous anesthésie locale.

Tous les chirurgiens qui ont opéré des tubes digestifs, sous anesthésie de la paroi abdominale seule, peuvent donner raison à Leriche, quand celui-ci affirme que les viscères sont sensibles, que les viscères sont capables, chez certains individus, de sentir la coupure, de sentir la piquûre et le pincement, et que les plaintes des malades couchés sur la table d'opération, ne sont pas dûes à des douleurs psychiques, mais à des douleurs viscérales réelles et ressenties au niveau des viscères touchés.

D'ailleurs, il suffit d'anesthésier correctement les splanchniques pour supprimer ces douleurs viscérales persistant après une bonne infiltration anesthésique de la paroi.

Les viscères sont donc sensibles et leur sensibilité varie évidemment avec le psychisme de chaque individu ; si la muqueuse saine est sensible, à plus forte raison l'est-elle si elle est enflammée, quand il y a gastrite.

La gastrite peut être chez certains malades, l'élément essentiel de la douleur. Ainsi l'ingestion de certaines boissons, acides ou aliments (gastrite alimentaire) d'alcool (gastrite toxique) d'un médicament (gastrite médicamenteuse) l'inhalation de gaz de combat (gastrite de guerre) provoquent chez un malade à la muqueuse sensible une crampe, une brûlure. Parfois même on observe des douleurs très vives avec contractures de la paroi abdominale ;

on craint un ulcère perforé et si l'on intervient on ne trouve qu'une gastrite aiguë.

Mais cette théorie n'explique pas toutes les douleurs ; c'est ainsi qu'après une gastro-entérostomie, des douleurs violentes et anciennes cessent parce que le transit est rétabli et pourtant la gastrite survit — au moins un certain temps — à l'intervention.

La douleur est-elle fonction de l'hypersensibilité du plexus solaire ? (Leven)

En présence des relations nerveuses étroites entre l'estomac et le plexus solaire, on a voulu faire jouer un rôle primordial à ce dernier dans la genèse des douleurs stomacales. Bien que le plexus solaire tienné sous sa dépendance les fonctions physiologiques de l'estomac, c'est lui faire la part trop belle, car si des lésions gastriques peuvent retentir sur le plexus solaire, il est plus d'un malade qui souffre de son plexus solaire pour des raisons extra-gastriques.

La douleur est-elle fonction de l'hypersensibilité gastrique ? Est-elle motrice ? (Léon Meunier)

Ces théories négligent un élément important, essentiel, l'élément moteur.

On admet de plus en plus en effet, que la douleur tardive est d'origine motrice. La lenteur de l'évacuation d'un ptosé, le retard à l'évacuation chez un ulcéreux soit par spasme ou sténose du pylore créerait l'état douloureux. Mais s'il est excessif d'admettre qu'une douleur stomacale

est chimique ou n'est pas, il est aussi exagéré d'admettre que la douleur stomacale est motrice ou n'est pas. Si les douleurs tardives sont très souvent cinétiques et très souvent d'origine pylorique, il y a des malades avec infiltration néoplasique qui accusent des douleurs tardives alors que sous l'écran l'évacuation se fait rapidement à travers un pylore cartonné et incontinent. Il y a des spasmes pyloriques violents sous l'écran avec évacuation retardée, alors que le malade n'accuse aucune douleur.

Le rythme, dans la journée, de la douleur tardive, sans évolution périodique, n'offre aucune valeur diagnostic. Un malade atteint de gastrite, un dyspeptique, un ulcéreux, un cancéreux, peuvent présenter de telles douleurs.

Par contre, si des périodes de crise du type tardif et journalier, calmé par les aliments ou les alcalins surviennent brusquement et cessent de même après une durée de quinze jours, un mois, si ces périodes alternent avec des périodes de bien-être complet, parfois très longues, il s'agit d'un syndrome ulcéreux ; ces crises sont l'expression d'une poussée évolutive de l'ulcus. Ici, l'évolution de la douleur dans le temps, prend une valeur réelle.

Si les théories chimique, inflammatoire, nerveuse, motrice, ne peuvent individuellement expliquer tous les phénomènes douloureux, de même la qualité de la douleur, son intensité, son horaire, son évolution, sauf dans le cas relaté plus haut, répondent à des troubles gastriques très variés et ne permettent pas de cataloguer l'affection dont souffre le malade.

Il ne s'ensuit pas que le symptôme douleur soit négligeable au cours de l'interrogatoire du malade qui vient

« crier sa souffrance ». Au contraire, cet élément douloureux doit être scruté et retourné à fond.

La douleur se calme-t-elle dans le décubitus dorsal, ce peut être une douleur de ptose ; les douleurs sont-elles continues, sans horaire, rebelles au traitement ? il s'agit probablement de périgastrite, de périviscérite ; sont-elles ultra-tardives, crampes avec faim douloureuse ? il s'agit peut être d'un ulcère duodénal.

Nous disons peut être, car on a pu observer des cancers pyloriques au début avec bon état général se traduisant par ce symptôme ; s'agit-il de douleurs périodiques, journalières tardives, diurnes et nocturnes, avec longue période d'accalmie ? il y a de fortes probabilités pour une évolution ulcéreuse.

Nous pouvons donc dans certains cas, d'après la modalité d'apparition de la douleur, son évolution, supposer déjà l'état pathologique qui la conditionne. Mais on ne saurait trop répéter que ce symptôme doit être disséqué à fond.

L'interrogatoire doit être complet, et s'il ne suffit pas à diagnostiquer le pourquoi de la douleur, il importe de s'aider de moyens d'investigation supplémentaires, tels que : analyse du suc gastrique à jeun ou après repas d'épreuve, examen radiologique, recherche du sang dans les selles, analyse du sang, voire même la simple analyse d'urine.

Tous les examens ont une valeur propre, tous sont utiles au diagnostic et l'exclusivisme affirmé par certains pour une méthode déterminée est anti-scientifique.

Ce n'est qu'en détaillant le mécanisme des causes de la

douleur par tous les moyens à notre disposition que nous pourrions en connaître le ou les pourquoi, déterminer si cette douleur est vraiment gastrique. A l'instar du cœur, si la souffrance est à l'estomac, la lésion peut être ailleurs.

En général, pour faire un bon diagnostic étiologique de la douleur, il faut d'abord penser à tout organe, sauf à l'estomac, et ne revenir à lui que lorsque nos investigations ailleurs ont été négatives. On ne prendra pas de la sorte un urémique pour un gastralgique, un ulcéreux ou un bacillaire pour un simple dyspeptique. Et à ce sujet, voici trois observations caractéristiques que l'on nous a communiquées :

OBSERVATION N° 1. — Il s'agit d'un homme de 37 ans qui vient nous trouver un jour, à six heures du soir, l'œil hagard, tremblant : « Docteur, je souffre atrocement de l'estomac, j'ai passé ce matin à la radio, j'ai le pylore *bouché*, on doit m'opérer après-demain matin. » Je donne un coup d'écran sur l'estomac et constate en effet que ce dernier est encore complètement injecté par la bouillie du matin ; je l'examine, constate la rapidité du pouls, prends la température qui était de 39°5 axillaire ; je conseille évidemment au malade d'attendre et de rester en observation : il s'agissait chez un spécifique d'une méningomyélite aiguë dont la crise gastrique avait été, parmi les premières manifestations, le symptôme le plus aigu.

OBSERVATION N° 2. — Une jeune femme arrive un jour à une consultation accompagnée de sept radiographies, faites dans plusieurs centres. Comme symptômes : gastral-

gie violente avec vomissements et amaigrissement considérable depuis plusieurs mois. Elle venait demander une huitième radiographhie avant de se faire opérer, car disait-elle, j'ai un ulcère et l'on me conseille l'intervention.

J'examine la série des radios, ne trouve sur aucune un signe de lésion. Sur les vives instances de la malade, j'en exécute une huitième qui n'est pas plus probante : spasme léger du pylore, évacuation arythmique, mais aucune image pathologique. Je mets cette malade en observation. L'analyse des urines décèle de l'albumine en rapport avec des hématies révélées par l'examen microscopique du culot de centrifugation. Au bout de quelques jours, légère atténuation des symptômes, qui va en progressant. Au bout d'une quinzaine cessation complète des douleurs, des vomissements et reprise de l'alimentation et du poids. Dans le même temps, coïncidence curieuse, décoloration progressive à la racine des cheveux. Enquête poursuivie, il s'agissait d'une intoxication dûe à une teinture toxique pour les cheveux.

OBSERVATION N° 3. — Une malade est soignée depuis deux ans à l'appui de radiographies, pour un ulcère de l'estomac.

Les douleurs, sous-costales et plus particulièrement épigastriques étaient le symptôme dominant avec l'amaigrissement. En interrogeant bien la malade sur les modalités de ces douleurs, elle nous spécifia que les douleurs, surtout nocturnes, cessaient *dès l'immobilisation complète sur le aos*. Après examen de la colonne vertébrale, la constatation d'une vertèbre dorsale très douloureuse, nous découvrîmes

aux rayons X dans la région dorsale un magnifique abcès pottique.

Ces trois observations illustrent ce que nous disions ci-dessus : la douleur stomacale, si elle ne permet pas, à elle seule de poser un diagnostic doit être le point de départ d'un consciencieux examen clinique, aidé de tous les moyens d'investigation que permettent la radiologie et le laboratoire.

Quand nous connaissons le pourquoi de la douleur gastrique, nous saurons mieux la traiter.

CHAPITRE II

THÉRAPEUTIQUES CLASSIQUES de la DOULEUR GASTRIQUE

L'interrogatoire du malade, l'examen clinique, les investigations radiologiques, les analyses terminés, nous pourrions peut-être connaître la cause ou les causes possibles de cette douleur gastrique, dépister son point de départ organique ou fonctionnel, poser les grands principes de thérapeutique pour lutter efficacement contre les éléments qui concourent à son mécanisme.

Ce traitement pourra même, si les épreuves cliniques et autres sont restées négatives nous placer sur la voie du diagnostic.

Pour plus de simplicité et de clarté, nous classerons schématiquement les différents traitements de la douleur, d'après les étiologies passées en revue au chapitre précédent. Toutefois, nous ferons remarquer qu'un même médicament — comme la belladone par exemple — peut agir simultanément sur plusieurs éléments de la douleur.

Nous classerons donc les médications en quatre groupes:

Médication chimique: alcaline et acide.

Médication topique ou cicatrisante.

Médication neuro-sédative.

Médication motrice: anti-spasmodique stimulante de la motricité.

Enfin, à côté des agents thérapeutiques classiques, nous ferons une place pour terminer à quelques thérapeutiques modernes qui ont été surtout préconisées avec succès contre les phases douloureuses de l'ulcus.

Médication chimique

1° Médication alcaline.

Le nombre des alcalins utilisés en thérapeutique gastrique est considérable.

L'alcalin anti-gastralgique le plus réputé, celui que s'ordonne en premier lieu le malade, est le bicarbonate de soude, il fait partie constituante de nombreuses formules, de poudres spécialisées anciennes et nouvelles; bref, il a toujours eu beaucoup de succès malgré les critiques quelquefois dictées par la mode, qui lui ont été adressées.

Peu important ces critiques, le fait est là. Le bicarbonate est un anti-gastralgique de premier ordre qui n'agit peut-être pas sur la cause première de la douleur, mais agit presque à coup sûr, sur la douleur elle-même. Le tout est de le manier judicieusement, de l'administrer avec sagesse. C'est une affaire de cas particuliers. Comment agit-il ?

Tout d'abord : a) en neutralisant l'acide chlorhydrique d'après la formule suivante :



b) En supprimant le spasme du pylore, ce qui le range aussi parmi les médicaments anti-spasmodiques ; c) Enfin par analgésie de la muqueuse gastrique due à la production du CO^2 dont on connaît l'action anesthésiante. C'est même pour cette raison que le bicarbonate est le plus calmant des alcalins puisque d'autres, doués d'un pouvoir neutralisant supérieur ont une action moins marquée sur la douleur. Mais pour exercer cette action alcaline anesthésiante, il doit être prescrit à doses assez fortes, sinon entre 0 gr. 50 et 2 grammes, il augmente la sécrétion gastrique et peut, au lieu de calmer, réveiller les crises par son action excito-sécrétoire, excito-motrice.

Viennent ensuite, parmi les alcalins les plus employés :

Le phosphate de soude, excitant également à très petites doses (1 à 2 grammes)., modérateur à doses moyennes.

Le sulfate de soude, anti-sécréteur modéré.

Le citrate et le lactate de soude.

L'association des trois premiers: bicarbonate, phosphate, sulfate de soude, constitue la formule de de Soupault. .

Sulfate sodique : 3 grammes.

Phosphate sodique : 5 grammes.

Bicarbonate sodique : 4 grammes.

1 paquet le matin à jeun dissous dans un verre d'eau tiède.

Bourget, dont la formule (poudre de Lausanne) eut son heure de célébrité, l'a modifiée de la façon suivante :

Phosphate sodique	10 grs.
Bicarbonate sodique	5 grs.
Sulfate sodique	4 grs.
Eau bouillie	1 litre.

Un verre à bordeaux au commencement de chaque repas.

L'association à ces trois sels, de chlorure de sodium constitue la cure alcalino-saline ou cure dialytique de Hayem et de Libersmeister. Ces associations ont subi de nombreuses variantes ; les formules que nous ne pouvons toutes donner en sont multiples, elles tendent toutes à un degré de concentration moléculaire aussi rapproché que possible de celui du suc gastrique.

Léon Meunier qui fait jouer un rôle important dans la genèse de la douleur à la concentration anormale du suc gastrique croit que la manière la plus rationnelle de supprimer celle-ci est d'amener le contenu gastrique à la concentration gastrique optima d'évacuation.

$$\Delta = 0,38.$$

Il établit ainsi un traitement « omnibus » des douleurs gastriques où figure une série de formules variées que le médecin peut choisir qualitativement et quantitativement. Elles contiennent plus particulièrement du bicarbonate, du sulfate, du phosphate et du citrate de soude.

Quels que soient les sels choisis, la concentration moléculaire des solutions est invariable; ce traitement « omnibus » consiste à prendre entre les repas, au moment des douleurs, la solution choisie, par verres à bordeaux, de dix minutes en dix minutes. Ces solutions agissent très peu sur la sécrétion, mais assurent le transit alimentaire, pro-

voquant l'ouverture du pylore, et font ainsi cesser la douleur ; elles pourraient donc prendre place parmi les médications anti-spasmodiques.

Les résultats de toutes ces solutions alcalines, véritables eaux d'accompagnement de la digestion sont très encourageants, surtout si le douloureux gastrique a soin de les prendre tiédies et par petites gorgées, avec persévérance. Ici, la manière de les donner vaut mieux que ce que l'on donne.

La méthode de Sippy où la prescription des alcalins est coordonnée avec un régime spécial, a été lancée en Amérique où elle jouit d'une grande notoriété. L'originalité de cette méthode est la vérification de la neutralisation obtenue par des paquets dont la formule est la suivante :

- | | |
|----------------------------------|----------|
| 1° Magnésie lourde calcinée..... | 0 gr. 50 |
| Bicarbonate de soude | 0 gr. 50 |
| 2° Carbonate de chaux | 0 gr. 50 |
| Bicarbonate de soude | 1 gr. 50 |

Les paquets sont pris alternativement de 7 h. 30 du matin à 8 h. 30 du soir, à mi-intervalles entre les petits repas spéciaux ordonnés de 7 h. 30 du matin à 7 heures du soir. Le soir à 9 h. 30 on aspire au moyen d'un petit tube la sécrétion gastrique de l'estomac.

Cette méthode amènerait une rémission rapide et complète de la douleur.

En France, ce régime alcalinisant et déprimant, est peu employé et nécessite du reste, en raison des difficultés d'exécution, un séjour dans une clinique.

L'intérêt des formules ci-dessus est l'introduction d'alcalins neutralisants qui n'ont pas l'inconvénient de provo-

quer l'excitation secondaire de la motricité de la sécrétion gastrique.

Ces alcalins du reste, sont employés dans de nombreuses formules.

Le carbonate de chaux (craie préparée) est intéressant par ses propriétés absorbantes. Comme le bicarbonate de soude, il dégage de l'acide carbonique, il est anti-acide, sédatif, mais provoque la constipation déjà si fréquente chez les gastriques.

La magnésie, l'oxyde de magnésium (magnésie calcinée), l'hydrate de magnésie (magnésie hydratée), le carbonate de magnésie (magnésie blanche), la magnésie lourde ou magnésie anglaise sont des médicaments très efficaces contre les excès d'acidité et calment bien la douleur. Ils dégagent d'autre part une quantité insignifiante d'acide carbonique ; on pourra en faire un emploi judicieux selon les cas cliniques. Ils ont intérêt à être associés au bicarbonate de soude qui ne doit pas être utilisé de façon continue, ni à haute dose ; ils ont du reste un pouvoir neutralisant beaucoup plus marqué :

1 gr. de carbonate de chaux neutralise 0,72 d'acide chlorhydrique ; 1 gr. de carbonate de magnésie, 0,80, et 1 gr. de bicarbonate de soude, 0,43.

Citons encore le phosphate tricalcique, dont l'action sédative sécrétoire a été utilisée dans la formule des poudres spécialisées. Enfin, les acides biliaires et les sels biliaires comme modérateurs de l'acidité, et le choléate de soude, mélangé à l'huile d'olive.

2° Médication acide.

Dans l'insuffisance acide, l'élément douleur est en géné-

ral peu marqué ; ce sont surtout les hyperchlorhydriques qui souffrent.

Au premier abord, cette médication peut paraître paradoxale, mais il est des anachlorhydriques, des hypochlorhydriques, voire même des hyperacides par fermentation qui souffrent de brûlures ou de crampes, et qui sont soulagés radicalement par la prescription d'une solution d'acide chlorhydrique ou d'acide phosphorique.

N'oublions pas que la meilleure façon de donner un acide et d'amener la sédation par une bonne digestion est de prescrire le suc *gastrique naturel*, retiré de l'estomac du chien ou du porc. (Dyspeptine Hepp).

La solution dialytique dont nous avons parlé plus haut, agirait également bien comme excito-sécrétrice, notamment celle qui contient du bicarbonate de soude stimulant à petites doses de l'excitation gastrique. Il convient comme nous l'avons vu de les ordonner suivant certaines règles, de les absorber un quart d'heure à 1 heure avant les repas par petites gorgées et plutôt chaudes.

Médication topique, antiseptique et cicatrisante

Dans la catégorie des médicaments topiques protecteurs de la muqueuse gastrique, le bismuth est maître.

Parmi les composés du bismuth, le plus anciennement connu est le sous-nitrate de bismuth, employé pour la première fois en gastro-entérologie vers 1785 par Odier, de Genève ; il fut essayé en France dans les affections digestives par Monneret vers 1850, puis étudié plus tard par Hayem, Lion, Mathieu. En 1896, son emploi en radiologie lui donna un regain d'actualité.

Ses propriétés remarquables en pathologie digestive furent surtout étudiées il y a quelques années par Bensaude qui en fixa la posologie suivant les cas à traiter.

Schématiquement, il existe trois façons, d'après Bensaude, de prescrire le sous-nitrate de bismuth :

- a) par doses de 5 grs.
- b) par doses de 3 grs.
- c) en une seule dose de 15 ou 20 grs.

Pratiquement, on ordonne des paquets de 10 grs. que le malade divise en deux ou en trois pour avoir les doses de 5 et de 3 grs.

Les doses de 5 grs. prescrites trois fois par jour, en suspension dans l'eau, entre les repas, de préférence à l'heure habituelle des douleurs, sont utilisées dans les ulcères gastro-duodénaux, dans les dyspepsies hypersthéniques, sans constipation.

Les doses de 3 grs. dont les indications sont plus restreintes, donneraient de bons résultats dans l'embarras gastrique fébrile, après la disparition des phénomènes généraux.

Enfin les doses de 15 ou de 20 grs. sont particulièrement indiquées dans les dyspepsies hypersthéniques avec constipation.

Si le sel obtenu est pur, dit avec raison, Bensaude, il n'y a rien à craindre du sous-nitrate de bismuth, à condition de suivre ces conseils :

- a) Ne jamais dépasser une dose quotidienne de 20 grs;
- b) Ne jamais donner de bismuth à des malades porteurs d'un obstacle intestinal;
- c) Ne jamais donner de fortes doses de bismuth chez l'enfant ou chez le nourrisson;

d) Enfin, arrêter l'administration du médicament si les selles deviennent blanches.

Un autre composé est le carbonate de bismuth ; il est employé de préférence au précédent, car il est inoffensif, contrairement au sous-nitrate, parfois toxique et de réaction acide. Le bismuth agit sur la douleur, de plusieurs façons ; à lui seul il atteint plusieurs facteurs de la douleur. Anti-acide, il neutralise l'acide chlorhydrique ; antispasmodique, il agit sur le spasme du pylore ; topique surtout, il soustrait la muqueuse à l'action corrosive du suc gastrique et des acides de fermentation ; antiseptique, il agit sur l'infection, et partant sur l'inflammation de la muqueuse ; enfin, d'après Surmont, il provoque la formation de mucus qui jouerait un rôle important dans la protection de la muqueuse gastrique.

Dans la pratique, ses propriétés s'associent les unes aux autres pour agir sur la douleur. Signalons encore le salicylate de bismuth, anti-diarrhéique et désinfectant, puis le dermatol ou sous-gallate de bismuth, ni caustique, ni irritant, topique de premier ordre. Malgré toutes ses qualités le bismuth présente un gros inconvénient : son prix très élevé, inconvénient d'autant plus grand que le traitement doit être poursuivi longtemps et souvent repris. Aussi a-t-on essayé de le remplacer par le kaolin, mais le kaolin seul est loin d'avoir une action aussi calmante que le bismuth et pour renforcer cette action moins avantageuse du kaolin, on l'associe presque toujours au bismuth. De même pour rendre le pansement bismuthé moins coûteux, on peut recourir au procédé de Ramon, dont la formule ci-dessous contient de petites quantités de bismuth associées à une

gelée composée de gélose et de gélatine. On réalise ainsi une économie appréciable tout en pratiquant un pansement anti-gastralgique excellent, sans toutefois atteindre l'effet du pansement idéal au bismuth prescrit seul et à fortes doses.

Enfin, signalons parmi les poudres inertes le plus souvent utilisées, le silicate d'alumine qui fixe l'HCL, le talc, le charbon, le sulfate de baryum que l'on trouve seuls ou associés dans de nombreuses spécialités.

Voici quelques formules :

Sous-nitrate de bismuth 12 grs.
ou carbonate de bismuth

pour 1 paquet.

1 paquet matin à jeun et le soir au coucher dans
un peu d'eau chaude, ou mieux dans un sirop de
gomme très épais.

*
**

Sous-nitrate de bismuth 12 à 20 grs.
ou carbonate de bismuth.

Julep gommeuse 300 cc.

1 cuillerée à soupe 20 minutes avant les repas.

*
**

Voici une formule qui nous a été communiquée par un
spécialiste :

Sous-gallate de bismuth 10 grs.
Salicylate de bismuth 40 grs.
Peroxyde de manganèse 5 grs.
Magnésie hydratée 35 grs.
Agar-agar en poudre 30 grs.
Lactose 30 grs.

On peut varier la dose de magnésie suivant les cas.

1 cuillerée à café dans un peu d'eau tiède sucrée le
matin à jeun et le soir au coucher, ainsi qu'entre le
repas, au moment des douleurs.

C'est Hayem qui conseilla le mélange de kaolin et de
sous-nitrate de bismuth, mélange appelé « bismuth du
pauvre ».

Kaolin.. 150 grs.

Bismuth.. 50 grs.

Même posologie que le bismuth.

Voici enfin la formule de Ramon :

Gélose pulvérisée 0 gr. 16

Gélatine pure finement concassée 0 gr. 40

Carbonate de bismuth 1 gr.

pour 1 paquet.

Jeter dans une tasse d'eau chaude, faire fondre et bouillir
pendant cinq minutes.

Faire absorber le liquide avant la coagulation de la
gelée.

Lœper a proposé l'association suivante :

Kaolin. 20 grs.

Gélose. 2 grs.

Gélatine. 3 grs.

Sous-nitrate de bismuth 5 grs.

Mais répétons-le, le kaolin et ses formules à la gelée sont
loin d'avoir l'action profondément calmante du bismuth
pris pur et à doses efficaces.

Enfin, signalons parmi les antiseptiques qui exerceraient,
d'après le Docteur François Moutier une action apaisante

souvent remarquable une solution de collargol à 3 % dans l'eau distillée ; il l'administre comme suit :

1 cuillerée à café de cette solution étendue de 2 cuillerées à café d'eau, une demi-heure avant les trois principaux repas et une quatrième fois au coucher.

Le malade, après l'ingestion, devra rester à plat ventre pendant 10 minutes.

Enfin, le liniment oléo-calcaire donne parfois d'excellents résultats, prescrit avant les trois repas.

Médication neuro-sédative

On souffre avec son système nerveux — banalité de le redire — mais ce dernier joue un rôle de premier plan dans les affections de l'estomac. Tout ce qui trouble la physiologie digestive, toutes les irritations ou lésions de la muqueuse gastrique, retentissent sur l'inervation sensitive, motrice de l'estomac. Parmi les calmants de la douleur, citons en premier le bromure de sodium, médicament d'une efficacité remarquable contre les sensations douloureuses liées à l'hypéresthésie solaire ; indirectement, il agit sur les troubles sensitifs sécrétoires et moteurs.

Le bromure de sodium est préférable aux autres bromures. Pour éviter toute action irritante sur l'estomac, on doit le prescrire au cours des repas, dilué dans de l'eau et absorbé en plusieurs temps, sans jamais dépasser 1 gr. par repas.

Généralement, il suffit à prévenir certaines douleurs.

Leven, avec raison, l'a préconisé, car, judicieusement prescrit, il donne d'excellents résultats.

Pour Chaumel, l'opium était le roi des anti-gastralgiques ; son action est loin d'être constante sur les douleurs stomacales, il agit plutôt sur les douleurs d'origine hépatique.

L'extrait thébaïque en pilules, agit parfois bien dans la sédation des grands accès, de même la codéïne, à raison de 0 gr. 01 à la fin des repas.

On peut, dans les mêmes cas, employer le pantopon, le chlorhydrate de papavérine qui peut s'administrer par voie buccale ou par injections sous-cutanées, le bromhydrate de cicutine à la dose de 0 gr. 03 par jour, le benzoate de benzyle, la valériane et le gardénal.

Certains de ces calmants, codéïne, bromure de sodium, ciguë, sont associés avec succès à des substances neutralisantes dans certaines spécialités.

Citons pour mémoire, l'eau chloroformée, peu sédative et qui a l'inconvénient d'être souvent irritante; elle doit être administrée dédoublée.

Enfin, certains moyens physiques ne doivent pas être négligés ; on connaît la réciprocité d'action des affections viscérales sur la peau, et inversement des troubles de la peau sur les viscères, ce qui explique l'action heureuse de certains traitements appliqués sur la peau : Application d'un petit emplâtre belladonné sur l'épigastre, pointes de feu, glace, compresses humides chaudes qui se rapprochent encore le plus du vieux cataplasme de nos grand-mères, éminemment sédatif.

Certains auteurs préconisent des injections intra-dermiques pratiquées au niveau du plexus solaire ou de la zone pylorique : injections de sérum, d'eau distillée (très

douloureuse) ou de bromhydrate double d'atropine et de scopolamine. Enfin, n'oublions pas que le port d'une ceinture suffit à modifier le plus souvent les douleurs de la gastropatose.

Médication motrice

1° Médication anti-spasmodique.

Parmi les anti-spasmodiques gastriques, le plus connu et le plus fréquemment employé est la belladone et son alcaloïde l'atropine. L'action anti-spasmodique de ce végétal n'est pourtant pas la seule, il possède également une action inhibitrice de la sécrétion, bien que cette action soit discutée.

La belladone pourrait donc prendre place à côté des neutralisants. Mais, de même que dans des cas d'asthénie, il ne suffit pas de stimuler la sécrétion gastrique ou d'y suppléer, il faut aussi stimuler la motricité de l'organe, de même pour calmer la douleur des hypersécréteurs ou des ulcéreux, il ne suffit pas de neutraliser ou de tarir la sécrétion, il faut encore calmer le spasme du pylore qui joue, on le sait, le rôle le plus direct dans le mécanisme de la douleur.

Et la belladone et l'atropine sont des anti-spasmodiques de premier choix ; ils combattent le spasme pylorique, assurent donc l'évacuation, en ce faisant, calment la douleur, principalement les douleurs tardives rattachées aujourd'hui au spasme pylorique. Mais pour obtenir un résultat positif, il importe de donner des doses élevées de belladone ou d'atropine, et d'après Gubler, il faudrait

pousser les doses jusqu'à l'apparition des phénomènes toxiques, tels que la mydriase.

On a exagéré les craintes d'intoxication et l'on ordonne en général des doses trop faibles qui exagèrent au contraire les contractions gastriques, d'où les insuccès. Les cas d'empoisonnement par la belladone ou par l'atropine, nombreux dans la littérature médicale, sont pour la plupart, accidentels. Sauf en cas d'idiosyncrasie, on doit les prescrire à doses progressives et s'arrêter dès qu'apparaissent les troubles visuels et la sécheresse de la gorge. Du reste, la dose thérapeutique est loin de la zone dangereuse et l'élimination de l'atropine par exemple est très rapide.

En cas d'ulcus gastrique on peut procéder comme le recommande Gutmann. « Prendre progressivement une demi-heure avant les deux principaux repas, de VI à XXX gouttes de teinture, commencer par VI gouttes, augmenter d'une goutte par repas jusqu'à XV gouttes ; diminuer d'une goutte par jour à partir de cette dose ; augmenter de nouveau si les douleurs semblent reprendre ; ne pas interrompre le traitement si les douleurs cessent ; éprouver la stabilité de l'amélioration par une diminution progressive. »

On peut la prescrire sous forme sèche :

Poudre de belladone. â â 0 gr. 01.
Extrait de belladone.

2 à 4 doses par jour pendant des périodes de dix jours, séparées par cinq jours de repos.

Dans les ulcères on aura recours parfois aux injections

sous-cutanées de sulfate neutre d'atropine, en suivant la progression suivante :

1/4 de milligr. le 1^{er} jour.

1/2 milligr. le 2^e jour.

pour arriver à 2 milligr. au bout de huit jours. Diminuer ensuite pendant huit autres jours par 1/4 de milligr. jusqu'à la dose de départ. Il est évident qu'il faut ici surtout veiller à l'apparition des premiers signes d'intolérance. On peut substituer à l'atropine un nouvel alcaloïde, la génatropine dont l'action est moins rapide, mais qui se recommande par son manque de toxicité.

La jusquiame enfin est un anti-spasmodique couramment employé avec la belladone. Notons que ces médicaments peuvent être utilement associés avec la médication bromurée, la médication anti-acide et calmante.

Voici des formules particulièrement heureuses :

Extrait de belladone 0 gr. 20

Extrait de jusquiame 0 gr. 30

Bromure de sodium 20 gr.

Eau distillée q. s. pour 300 cc.

1 cuillerée à soupe dans un peu d'eau au milieu des repas, midi et soir.

*
**

Sulfate d'atropine un demi-milligr.

Chlorhydrate de morphine un demi-centigr.
pour 1 ampoule.

ou bien :

Teinture de belladone 10 gr.

Laudanum de Sydenham 5 gr.

Alcool. q. s. pour 300 cc.

Ces deux dernières associations où les éléments se renforcent utilement sont recommandées par Maurice Delort.

Faciles à manier, elles sont remarquablement efficaces

Enfin, signalons un nouvel anti-spasmodique, la perparine. C'est un alcaloïde synthétique, de composition voisine de celle de la papavérine alcaloïde de l'opium, trois fois plus active et beaucoup moins toxique.

Elle se prescrit soit sous forme de comprimés dosés à 0 gr. 04 chacun, associés à 0 gr. 0015 de novatropine à raison de trois à six comprimés par jour ; par voie parentérale on utilise les ampoules de 1 à 2 cc. dosées à 0,04 et 0,08 chacune.

D'après Goldstein et Samuel Weiss, de New-York, elle possède des propriétés anti-spasmodiques remarquables, donc calmantes dans les spasmes du cardia et du pylore.

10 à 15 minutes après l'injection de perparine, l'effet calmant apparaît

2° Médication stimulante de la motricité.

Nous rangerons dans cette catégorie les solutions dialytiques déjà citées qui sont non seulement excito-sécrétrices mais aussi excito-motrices.

L'ésérine, la gènesérine qui agit dans les troubles d'hypersympathicotonie, c'est-à-dire chez les hyposthéniques.

Prescrites seules ou en même temps que la noix vomique, la teinture de colombo, de condurango, elles agissent sur certaines douleurs post-prandiales, sur certaines sensations de gêne douloureuse épigastrique plus pénibles par leur ténacité que par leur acuité.

CHAPITRE III

THÉRAPEUTIQUES MODERNES DE LA DOULEUR

Nous passerons rapidement en revue les rayons Röntgen dont l'action sur la douleur est inconstante. La radiothérapie est parfois associée à la diathermie ; cette méthode donne en général d'heureux résultats, avec non seulement disparition de la douleur gastrique, mais amélioration marquée de l'état général.

LA VITAMINOTHERAPIE

Seale Harris et Alberto Maggi, insistent sur la grande valeur de la vitaminothérapie ; la privation des vitamines serait pour eux l'une des causes de l'ulcère gastrique. Même en pleine crise, il faut donner des vitamines. Quand on sait le rôle sédatif important joué par le régime dans les affections gastriques, nous croyons qu'il n'est pas déplacé de faire une courte diversion au sujet de cette thérapeutique si à la mode.

Si nous ouvrons un petit opusculé écrit par le Docteur Deroche, qui date de 1864, et dans lequel il fait le procès de certaines *mystifications alimentaires*, nous comprendrons une fois de plus que « tout est dit, l'on vient trop tard depuis plus de sept mille ans qu'il y a des hommes, et qui pensent. »

Cet opusculé fourmille de réflexions piquantes qui paraîtraient neuves dans une revue moderne. Remplacez à chaque paragraphe certains mots par celui de vitamine: cette plaquette semble dater d'hier. Il nous parle de ces produits *eunuques*, débarrassés au sortir de l'usine de leur quintessence nourricière, de ces produits *démonétisés* dont on a éliminé les parties les plus nutritives, les plus fortifiantes, les plus sapides. « Principes de digestions fécondes, s'écrie-t-il, qu'êtes-vous devenus ? » et il cite le cas de cette bonne femme de campagne, fort experte dans l'élevage des enfants, et qui avait refusé de leur offrir l'alimentation à la mode : « Je ne suis pas médecin, dit-elle, mais tant que la souris de la huche ne touchera pas au paquet jaune, on ne me fera jamais croire qu'il y a quelque chose de bon dedans pour les gens. »

Et il montre les troubles nutritifs, les dérangements gastriques, causés par tous ces produits raffinés « toutes ces duperies d'estomac. »

Aussi comment s'étonner, surtout en notre époque de produits raffinés, de la fréquence de l'ulcère et de l'heureux effet de la vitaminothérapie, même dans les crises de l'ulcère gastrique. On le comprend d'autant mieux quand on a vu le dépérissement et l'état de souffrance progressifs de certains gastriques, soumis à des régimes draconiens, qui

prennent en médicaments ce qu'on leur refuse dans l'alimentation et qui ressuscitent, au retour d'un régime confortable et vital.

Rejetons donc de nos prescriptions les régimes épuisés et épuisants, pour ordonner les « vrais aliments du Bon Dieu, tout imprégnés de leurs quintessences nourricières. »

L'INSULINOTHERAPIE

Parmi les nombreuses thérapeutiques médicales préconisées ces dernières années citons l'insuline. Cette dernière, d'après Cade et Barral, amènerait dans certains cas une diminution rapide des phénomènes douloureux avec relèvement de l'état général. Nous ne pouvons entrer dans ce travail, dans les détails de ce traitement qui ne rallie pas tous les suffrages.

PROTEINOTHERAPIE

On peut utiliser n'importe quelle protéine, l'essentiel est de commencer par une petite dose juste nécessaire pour déclencher une légère réaction générale. L'augmentation des doses doit être progressive et lente.

M. Pribram qui s'est tout particulièrement occupé de cette question, relève sur 77 malades traités, 42 guérisons, 20 améliorations, 15 échecs. Les premiers auraient été totalement débarrassés de leurs douleurs.

Pierre Oury et J. Mézard considèrent que cette méthode est particulièrement indiquée dans les ulcères avec douleurs fortes et tenaces ou avec spasme marqué.

Parmi les solutions protéïniques employées, citons le nucléinate de soude, le sang humain, le lait, etc...

PEPSINOTHERAPIE

La médication pepsinique en injection a surtout été étudiée en France par Lœper, Debray, Michaux et M^{re} Sauton.

Ce traitement agirait par désensibilisation. On observe en général après les premières injections une légère élévation de température avec parfois des réactions gastro-intestinales et des érythèmes étendus.

Cette médication, entre la quatrième et la septième injection arrête souvent les douleurs et les vomissements.

TRAITEMENT PAR L'EXTRAIT PARATHYROIDIEN

Ce traitement a été introduit en France par Moutier ; d'après Gaston Durand, il agirait surtout sur les douleurs tardives à forme de brûlures.

Mais l'expérience a montré que cette méthode ne donne pas toujours les résultats espérés au début. Elle doit être essayée dans les cas où les autres traitements ont échoué.

TRAITEMENT PAR L'EXTRAIT LOBE POSTERIEUR D'HYPHYPHYSE

Ce traitement agirait dans les hyperchlorhydries ainsi que dans l'ulcère.

Il a fait l'objet d'un important travail d'ensemble de notre Maître le Professeur L. Drouet. Il agit tout particulièrement sur la douleur avec une rapidité remarquable.

« La douleur, dit notre Maître, s'atténue assez rapidement pour disparaître totalement dans certains cas vers la fin de la première série. Il existait parfois une opposition frappante entre les souffrances dont se plaignaient quelques-uns de nos malades et qu'un traitement médical habituel ne parvenait pas à atténuer et le soulagement qu'ils éprouvaient après quelques injections d'extrait. »

Pour la conduite du traitement, nous renvoyons aux travaux de M. le Professeur Drouet.

TRAITEMENT PAR LES ACIDES AMINÉS

Enfin, parmi les traitements qui ont suscité autant d'enthousiasme que de scepticisme, citons les acides aminés : histidine, tryptophane.

D'après les recherches expérimentales de A.-G. Weiss et E. Aron, l'histidine jouerait un rôle anti-ulcéreux ; cet acide aminé exercerait en pathologie humaine un rôle palliatif et une action curatrice. Après quelques piqûres les manifestations douloureuses et fonctionnelles de la crise ulcéreuse disparaissent. De nombreuses préparations spécialisées ont vu le jour ; c'est au praticien à faire son choix.

En général, on préfère les « microdoses » progressivement croissantes afin de tâter la susceptibilité du malade et éviter des réactions trop fortes.

Grâce à ces nouveaux médicaments nous pourrions, ainsi que le fait remarquer Gaston-Durand, agir sur la violence et la durée des phases d'activité de l'ulcère. Nous pourrions,

dit-il, réserver la protéine soluble aux ulcéreux dont l'état général n'est pas très déficient ; préférer la pepsine injectable pour les ulcéreux, en crise avec vomissements accentués. L'extrait parathyroïdien chez tous les malades dont la tension artérielle n'est pas trop basse; l'histidine à doses progressives dans tous les cas.

Mais il faut employer ces traitements dès le début des périodes douloureuses. Ils ne doivent pas être abandonnés. Ils permettent d'éviter de nouvelles périodes de crises, si l'on reprend ces médications avant l'époque habituelle de leur retour.

Ces médicaments modernes ne doivent pas faire perdre de vue les médications classiques : alcalines, pansements, belladone, qui ont fait leurs preuves et occupent toujours le premier plan dans la thérapeutique médicale de la douleur gastrique.

CHAPITRE IV

HYGIÈNE PHYSIQUE ET MORALE DE LA DOULEUR

La thérapeutique médicamenteuse de la douleur gastrique est certes la première à mettre en jeu, mais le traitement de la douleur gastrique ne saurait tenir uniquement dans une formule. On se priverait d'un concours très efficace si l'estomac et son propriétaire n'étaient placés dans l'ambiance nécessaire à sa réussite, autrement dit, si l'on n'instituait pas la thérapeutique du repos.

Repos alimentaire.

Repos physique.

Repos cérébral.

Repos moral.

Repos alimentaire

L'estomac n'échappe pas à la loi qui veut que tout organe qui souffre réclame du repos.

Un estomac qui souffre est donc un estomac qui doit être mis tout d'abord, suivant les cas, à une diète relative ou tout au moins à un régime léger, avec repas bien ordonnés.

Nous n'avons pas à traiter ici de la question du régime, nous ferons remarquer cependant qu'il doit s'adapter à la cause de la douleur. Le régime d'un gastralgique nerveux ne sera pas celui d'un ulcéreux. Autant que possible, le régime ne devra jamais être triste, mais toujours agréable, d'exécution facile, et favoriser au malade, conjointement au traitement, le retour rapide à la vie normale, ce qui est un grand point d'acquis, et agit par retour sur le psychisme du malade. Rien d'aussi pénible que de voir des malades amaigris et asthénisés, qui traînent des régimes désolants depuis des mois.

Repos physique

L'estomac mis au repos, il va de soi qu'un repos physique plus ou moins sévère sera de mise. Suivant les cas, le lit, la chaise-longue, une sieste après les repas, repos qui peut être égayé de quelques exercices sans aller jusqu'à la fatigue.

Repos cérébral

Dans un petit ouvrage anglais, intitulé « Mémoires d'un estomac écrits par lui-même », sire Gaster s'exprime ainsi : « Entre moi et cet individu Monsieur Cerveau, était établie une double série de fils électriques par le moyen desquels je pouvais, avec toute la facilité et la rapidité possibles, lui communiquer les incidents de la journée, à mesure qu'ils se présentaient en même temps que lui de son côté me pouvait faire part de ses sensations et de ses impressions. Souvent, quand il avait reçu de mauvaises nouvelles, je refusais de digérer, par pure sympathie ; et quand, à l'oc-

casion, je devenais morose et refusais de travailler, lui aussi devenait irritable et pétulant. »

Nous ne pouvons mieux souligner les relations de la fatigue cérébrale avec le dysfonctionnement gastrique et réciproquement, l'action néfaste d'une mauvaise digestion sur l'intellect.

On sait le tribut payé à la dyspepsie par les gens de plume.

Repos moral

C'est une banalité de rappeler l'action du moral sur le physique. Tous les spécialistes du tube digestif se rappellent les nombreux troubles digestifs éclos lors de la dernière guerre et dûs plus souvent au psychisme de guerre qu'à l'alimentation. Ils connaissent la répercussion des soucis, des angoisses, des préoccupations, sur la motricité de l'estomac, sur la sécrétion, donc sur la stase ou l'inflammation consécutive, partant, le rôle que ces facteurs moraux peuvent jouer sur la genèse de la douleur.

Mais laissons notre estomac anglais non dénué d'humour, nous conter ses mémoires : « Je n'aime pas un rire sournois, à moitié honteux de lui-même, mais donnez-moi une bonne et robuste octave de notes joyeuses. Même un sourire franc et de bon aloi répand une sorte de lumière dans mon intérieur et me réchauffe comme un cordial. Bref, la bonne humeur, la joie conviviale font mes délices, et si les docteurs exigeaient que leurs patients et invalides dînassent en société, au lieu de leur donner ces éternelles drogues, vous verriez la dyspepsie s'enfuir sur ses ailes de chauve-souris. »

On raconte que le célèbre Docteur Récamier, consulté pour une gastralgie par une très noble dame, écrivit la prescription suivante :

« L'estomac aime le rythme, M^{me} la Marquise prendra ses repas au son du tambour. »

La prescription fut ponctuellement exécutée : la malade loua deux tambours de la garde nationale, qui, le matin au déjeuner et le soir au dîner, vinrent pendant deux mois, exécuter des roulements sous les fenêtres de la salle à manger.

Tout le monde ne peut s'offrir le luxe de louer deux tambours de la garde nationale, mais ceci nous conduit à relever la nécessité morale de tenir compte dans les prescriptions, de l'état social du malade.

Nous avons, en effet, été frappé de l'impossibilité, pour certaines catégories de malades, de pouvoir réaliser certains régimes, tant au point de vue de la qualité des aliments que de leur exécution. La sévérité d'un régime, son impossibilité, sa réalisation coûteuse, déroutent le malade moyen et agissent sur le psychisme de celui qui, ne pouvant s'y conformer, se persuade qu'il ne pourra guérir, ce qui ajoute inutilement une souffrance morale à la douleur physique.

Et terminons en disant que si les médicaments sont utiles pour calmer la douleur, il ne faut point en trop prescrire, sous peine de les voir à leur tour, facteurs de douleur. Et notre estomac encore a raison quand il écrit : « Tout ce que je vous demande, c'est de me donner du repos... Ne recourez jamais à ces médecins qui prescrivent de larges doses, car ils ne connaissent pas plus le *modus operandi* du plus

simple remède, qu'une taupe ne connaît l'astronomie... Loin de moi modeste estomac, la présomption de blâmer une profession tout entière... un estomac la condamne pour inonder des gens de drogues et de « nostrum », prescrits en hiéroglyphes, dignes tout au plus des tablettes de quelque astrologue du vieux temps. »

Nous concluons tout simplement : la thérapeutique de la douleur est affaire de bon diagnostic et de bon jugement. C'est une question de bon sens, mais n'a-t-on pas dit qu'il était la chose la mieux partagée du monde ? Peut-être.

Mais comme l'a dit Descartes, l'essentiel est de « bien s'en servir. »

Vu :

Le Président de Thèse,
RICHON.

Vu et approuvé :

Le Doyen de la Faculté de Médecine,
L SPILLMANN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie,
L. BRUNTZ,
Président du Conseil de l'Université

BIBLIOGRAPHIE

- Ed. ANTOINE. — Traitement des spasmes et des douleurs de l'appareil digestif par les injections intra-dermiques.
- Emile ARON. — Traitement de l'ulcère gastro-duodénal par l'histidine.
- J. BAUMEL. — Les syndromes sensitifs gastriques. (L'Europe Médicale, avril 1939).
- DE BECO. — L'ulcère gastro-duodénal et son traitement. (Presse Méd., 5 mai 1934), et: Traitement de l'ulcère gastro-duodénal par l'aloalinisation intensive et continue. (Presse Médicale, 18 juillet 1934).
- Docteur Henri BON. — Les renseignements pratiques donnés par le chimisme gastrique après repas d'Ewald.
- Paul CARNOT, BLAMOUTIER, LIBERT, R. FRIEDEL. — Les périveriscérites digestives.
- Paul CARNOT, Paul HARVIER, Paul MATHIEU. — Les ulcères digestifs.
- L. CHAUVOIS. — Les désanglés du ventre.
- CHOMEL. — Des dyspepsies.
- Docteur Pierre DAUVERGNE. — La douleur des dyspeptiques.
- M. DELORT. — Ulcères de l'estomac et du duodénum.
- Docteur DEROCHE. — Dégustation médico-hygiénique, 1864.
- L. DROUET. — Le traitement de l'hyperchlorhydrie et de l'ulcère gastro-duodénal par l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse. (Arch. des Mal. de l'App. dig., déc. 1933).
- DROUET et J. SIMONIN. — Action de l'extrait post-hypophysaire sur la sécrétion gastrique; application au traitement de l'hyperchlorhydrie et de l'ulcus gastro-duodénal. (Bulletin de l'Académie de Médecine, 5 janvier 1932).
- GASTON-DURAND. — Quel médicament injectable choisir pour le traitement de base des périodes de crise de l'ulcère gastro-duodénal. (L'Hôpital, avril 1939).

- Ed. EURIQUEZ et Gaston DURAND. — Les ulcères de l'estomac et du duodénum.
- G. FAROY. — Thérapeutique digestive.
- F. FERNANDEZ-MARTINEZ. — Traitement de l'ulcus gastro-duodénal.
- A. FLORAND et A.-L. GIRAULT. — Diagnostic et traitement des affections du tube digestif.
- J. GATELIER et Fr. MOUTIER. — Thérapeutique de l'ulcère gastro-duodénal.
- R.-A. GUTMANN. — Les syndromes douloureux de la région épigastrique.
- J. HOFSTEIN. — Action de l'insuline sur la sécrétion gastrique. (Arch. des mal. de l'app. dig., oct. 1933).
- Prof. L. HOLNGREN, de Stockholm. — Les résultats du traitement de l'ulcère de l'estomac et du duodénum par une nourriture abondante. (L'Europe Médicale, mai 1936).
- A. JACOB et L. ISRAEL. — Le traitement de la crise douloureuse de l'ulcère gastro-duodénal par l'histamine à petites doses. (Presse Méd., 9 février 1938).
- KAREL HERFORT. — Le métabolisme des acides aminés dans les ulcères gastro-duodénaux. (Presse Méd., 13 oct. 1937).
- Marcel LABBÉ, G. VITRY. — Précis de pathologie médicale. Tome V.
- A. LAMBLING. — Les microdoses d'histamine en thérapeutique, en particulier dans le traitement des états allergiques et des ulcères gastro-duodénaux. (Arch. des mal. de l'app. dig., mars 1938).
- Docteur Gabriel LEVEN. — La dyspepsie.
- M. LÉPER. — Leçons de pathologie digestive. 1^{re}, 2^e, 3^e, 4^e séries.
- M. LÉPER et M. DEBRAY. — Les injections de pepsine dans la pratique médicale. (La Méd. intern., mai 1937).
- Docteur Gaston LYON. — Consultations pour les maladies des voies digestives.
- A. MARTINET. — Thérapeutique clinique.
- Albert MATHIEU et J. CHARLES-ROUX. — Pathologie gastro-intestinale.

Léon MEUNIER. — L'état dyspeptique.

Pierre OURY et J. MÉZARD. — Traitement médical des ulcères gastro-duodénaux.

Pierre OURY, Paul GODARD et V. UICHITA. — Archives des mal. de l'app. dig. et des mal. de la nutrition : La douleur gastrique chez les dyspeptiques fonctionnels.

J.-M. PAVIOT. — Précis de diagnostic médical de séméiologie.

A. de la PRADE. — Les maladies d'estomac.

L. PRON. — Les maladies de l'estomac et leur traitement en clientèle.

Félix RAMON. — Les maladies de l'estomac et du duodénum. Les dyspepsies.

G.-H. ROGER, Fernand VIDAL, F.-J. TEISSIER. — Nouveau traité de médecine: Appareil digestif.

Emile SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX.. — Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée.

A.-G. WEISS et E. ARON. — Réflexions sur la thérapeutique de l'ulcère gastro-duodénal. (Arch. des mal. de l'app. dig., mai 1934).

M. W., auteur resté anonyme. — Mémoires d'un estomac écrits par lui-même. Londres 1876.

Encyclopédie médico-chirurgicale. — Estomac et intestins.

TABLE DES MATIÈRES

	PAGES
INTRODUCTION	9
 CHAPITRE I	
Hypothèses sur la Pathogénie des Douleurs Gastriques	11
 CHAPITRE II	
Thérapeutiques Classiques de la Douleur Gastrique	21
 CHAPITRE III	
Thérapeutiques Modernes de la Douleur	39
 CHAPITRE IV	
Hygiène Physique et Morale de la Douleur	45
 BIBLIOGRAPHIE	51

